49e Année, IIIe Série, t. III. NUMERO 22. 2 juin 1881.

JOURNAL
DES
CONNAISSANCES MÉDICALES
PRATIQUES ET DE PHARMACOLOGIE

PARAISSANT TOUS LES JEUDIS
FONDÉ PAR LE Dr CAFFE
Publié par V. CORNIL
Professeur-agrégé de la Faculté de médecine,
Médecin de l'hôpital Saint-Antoine, rédacteur en chef.

Secrétaire de la Rédaction : le Dr V. GALIPPE
Ancien chef du laboratoire des Hautes études
à l'École de pharmacie de Paris,
Membre de la Société de Biologie.

PRIX DE L'ABONNEMENT.

Paris et départements, 10 fr. — Union générale des postes, 12 fr. 50. — États-Unis, 14 fr. — Autres pays, 15 francs.

L'abonnement part du 1er de chaque mois.
Le No : 20 cent. — Par la poste : 25 cent.

ABONNEMENTS.

Pour ce qui concerne les abonnements et l'administration du Journal, s'adresser au docteur Galippe, 48, rue Sainte-Anne. Lundi, mercredi, vendredi, de 4 à 5 heures; mardi, jeudi, samedi, de midi à 1 heure.

SOMMAIRE DU NUMERO :

PATHOLOGIE EXTERNE

Du paludisme considéré au point de vue chirurgical,

Par le professeur VERNEUIL.

Ce sujet, que M. le professeur Verneuil vient de développer devant l'Association française pour l'avancement des sciences (*session d'Alger*), peut, au premier abord, paraître d'un choix singulier, mais M. Verneuil nous l'explique en ces termes :

« Si j'ai choisi cette ville pour vous parler de paludisme, c'est que je pensais non pas vous apprendre une maladie que vous connaissez mieux que moi, mais vous demander des renseignements sur elle. J'apporte des propositions générales sur les rapports entre la chirurgie et les diathèses, et en particulier le paludisme, mais il me faut des faits nombreux et variés, et je ne peux les prendre qu'ici, puisqu'on n'emprunte qu'aux riches.

« Je sais que je commettrai des erreurs, des lacunes, des omissions, alors je prierai le corps médical de l'Algérie de rectifier les erreurs, de combler les lacunes, de réparer les omissions, et j'espère emporter d'ici une ample moisson de faits. »

Après quelques considérations générales et historiques, M. Verneuil entre dans le sujet :

« Mes premières recherches, dit-il, avaient pour but les rapports entre les diathèses et les lésions traumatiques, afin de me servir de guides dans la thérapeutique chirurgicale. Mais je ne tardai pas à voir que les rapports entre la partie médicale et la partie chirurgicale de la question étaient beaucoup plus étendus.

Les maladies générales ne respectent pas les divisions de la pathologie en médecine et chirurgie ; elles attaquent indifféremment les organes internes et les organes externes, donnant ainsi naissance à des *endopathies* et à des *exopathies*, qui toutes, mais surtout les dernières, ont une grande importance en pratique pour le diagnostic de la cause. Nous ne voulons nous occuper ici que des *exopathies*.

Les exopathies paludiques sont nombreuses, et cependant on leur chercherait en vain une place dans nos livres classiques de chirurgie ou de médecine.

Les systèmes cutané et muqueux nous offrent des éruptions diverses : urticaire, pseudo-variole, furoncle, anthrax, érysipèle, lymphangite ; des fistules et ulcères variés, dits ulcères à quinquina ; parmi les inflammations graves, le phlegmon diffus et la lymphangite de Rio, et peut-être plus tard l'éléphantiasis. On a encore signalé un coryza, une angine, une blennorrhagie d'origine paludique.

Le système vasculaire sanguin présente des congestions, des hémorrhagies ; les fièvres pernicieuses dites hémorrhagiques s'accompagnent d'épistaxis, d'hématuries, de purpura. On a même pensé que la pression intra-vasculaire avait été parfois assez forte pour amener la rupture spontanée de la rate. Au contraire, l'ischémie par spasme vasculaire, dont le type est la fièvre algide, a pu amener l'asphyxie des extrémités, signalée par Calmette en Kabylie, — la gangrène de la bouche (Haspel), des paupières, des oreilles et autres extrémités, nez, doigt, verge, etc.

Du côté des organes des sens, on a signalé l'amaurose, la kératite, des troubles du côté de l'oreille ; pour le système nerveux, toutes les névralgies possibles, des spasmes musculaires, le trismus, la tétanie, une fièvre pernicieuse tétanique, le pseudo-tétanos. Enfin j'ajouterai des arthrites de cause directe ou indirecte, même l'ankylose, à titre de faits exceptionnels.

Toutes ces exopathies peuvent être ramenées à trois types :

Intermittentes nettes : quotidiennes, tierces, quartes ;

Continues, une fois qu'elles sont produites ;

A *répétitions irrégulières*, comme la lymphangite de Rio et diverses hémorrhagies.

Cette énumération faite, je demanderai à mes confrères d'Algérie : « Avez-vous toutes ces exopathies ? En avez-vous d'autres ? »

En ce qui concerne les rapports qui existent entre le paludisme et les affections chirurgicales non traumatiques, deux cas peuvent se présenter :

1° Le paludisme survient pendant le cours d'une affection chirurgicale ancienne ou récente. Ce paludisme intercurrent porte ses effets sur le lieu de moindre résistance ;

2° Des affections chirurgicales spontanées surviennent chez d'anciens paludiques.

Voilà le cadre, mais il n'y a pas beaucoup de faits pour le remplir, et c'est ici surtout que je fais appel, pour le combler, à ceux de mes confrères qui exercent dans des pays à fièvre.

Envisageons maintenant la question dans toute son étendue, et voyons, dans ces rapports du paludisme et du traumatisme, quelle importance ont les exopathies pour le chirurgien militant.

Effets du paludisme sur les blessures. — Quand on aura des observations assez nombreuses, on fera des catégories, et on pourra étudier l'action : 1° du paludisme ancien, ou récent, ou contemporain, ou intercurrent, sur d'anciennes blessures ; — 2° du paludisme discrasique, ou sans lésions viscérales, du paludisme avec lésions viscérales, de l'anémie, de la cachexie palustre sur les blessures.

Nous pouvons nous contenter, pour indiquer ces effets, de donner l'énumération pure et simple des complications inhérentes au paludisme et survenant au point blessé. Il y a, en effet, similitude complète avec les exopathies spontanées, et c'est tout naturel : *le traumatisme ne crée rien* dans la diathèse ; il provoque seulement l'apparition de manifestations que la diathèse aurait pu produire spontanément, mais à une autre époque.

Ces complications sont d'ailleurs tantôt précoces, tantôt tardives, fébriles ou apyrétiques, périodiques, intermittentes ou continues.

En premier lieu viennent les congestions, sur lesquelles nous nous arrêterons comme les manifestations les plus communes du paludisme en cas de traumatisme.

Ces congestions sont *hemorrhagipares* (hémorrhagies), *algipares* (névralgies) et *phlegmasipares* (inflammations diverses). Elles se portent de préférence sur la plaie, considérée comme *locus minoris resistentiæ*.

Les hémorrhagies périodiques en sont une forme bien connue, depuis Bouisson qui les a bien étudiées ; elles sont quotidiennes ou tierces, apparaissent avec ou sans fièvre, et remplacent alors le stade de sueur dans l'accès fébrile. Elles sont souvent combinées avec la névralgie — Par les exemples que nous avons recueillis, nous sommes porté à croire que bien des sujets ont dû et doivent encore succomber à cette cause, trop peu connue de la majorité des praticiens.

Les névralgies sont peut-être plus connues encore, mais le diagnostic est parfois très difficile. Il existe, en effet beaucoup de névralgies intermittentes et cédant à la quinine, sans paludisme ; néanmoins, nous avons des observations très nettes de névralgies paludiques.

Le tétanos, le pseudo-tétanos, la tétanie, le trismus, ont été niés et admis par les chirurgiens de la marine ; Armand paraît être le premier qui en ait rapporté une observation. J'ai moi-même vu un malade qui, atteint autrefois de fièvre intermittente grave, avec trismus, fut repris de cette forme à la suite d'une blessure ; on put croire au tétanos jusqu'au moment où l'on connut les antécédents du malade. Nous pourrions citer d'autres faits analogues.

Bien des inflammations passagères, périodiques, ont été observées chez les paludiques blessés. M. Berger et moi-même avons vu des érysipèles de cette nature.

Des suppurations plus ou moins étendues : le phlegmon diffus, la pleurésie purulente (Huchard), la gangrène avec ou sans fièvre (Obédénare), la pourriture d'hôpital (Marchal de Calvi), le phagédénisme, ont été signalées. Au paludisme peut être rattachée la métamorphose de certaines plaies en ulcères, observés à Saïgon, en Cochinchine, en Sologne, en Piémont, etc., et dits *ulcères à quinquina.*

L'influence du traumatisme sur le paludisme est assez complexe ; je distingue cinq cas.

Au moment de la blessure, le sujet :

1° A la fièvre intermittente;

2° A eu autrefois la fièvre, mais ne l'a plus depuis un certain temps ;

3° N'a jamais eu la fièvre, mais habite un pays palustre;

4° N'a jamais eu la fièvre, habite un pays sain, mais a jadis habité un pays palustre ;

5° N'a jamais eu de fièvre, n'a jamais habité de pays palustre, mais est né de parents paludiques.

Dans le premier cas, le traumatisme modifie le paludisme en l'aggravant ;

Dans le second, il s'appelle le paludisme ;

Dans le troisième, la réceptivité du sujet pour le paludisme est plus grande;

Dans le quatrième, le paludisme, tout à fait latent jusqu'alors, se manifeste.

En résumé, le traumatisme *modifie*, *rappelle*, *appelle* ou *révèle* le paludisme.

Quant au cinquième cas, je ne sais comment me prononcer.

En effet, on n'a encore rien écrit sur le paludisme congénital, et moi-même je n'en sais encore rien de certain. Je sais cependant qu'on a parlé d'enfants venus au monde avec une grosse rate, morts rapidement après une enfance chétive, maladive. Par analogie avec d'autres intoxications congénitales, la syphilis, l'alcoolisme, je puis admettre un paludisme congénital. D'autre part, dans mon mémoire sur les névralgies traumatiques secondaires précoces, sur plus de vingt sujets atteints de névralgies intermittentes, deux seulement avaient été paludiques. Qui me dit que les autres n'étaient pas nés de parents paludiques?

Jamais cette question n'ayant été posée, je ne puis que demander à ce sujet :

Que deviennent les paludiques congénitaux? — Les petits paludiques guérissent-ils? — Les a-t-on suivis pendant l'adolescence et la jeunesse? Leur pathologie a-t-elle quelque chose de spécial? Leur réceptivité est-elle plus grande ? L'intermittence se produit-elle de préférence à toute autre manifestation? — Si on leur faisait quitter le pays, guériraient-ils?

A toutes ces questions on ne pourra répondre qu'après avoir pris un grand nombre de bonnes observations dans les pays où le paludisme sévit malheureusement encore.

Une des nécessités de la clinique, dans la question qui nous occupe, est de diagnostiquer le paludisme *patent* et *latent*. Cela est plus malaisé qu'on ne le croit. L'intermittence n'est pas un phénomène pathognomonique du paludisme ; on l'a vue dans des affections très diverses. En outre, plusieurs complications paludiques sont *continues*, ce qui augmente encore la difficulté.

L'interrogation, les antécédents fournissent quelques bons indices ; on en arrive, dans les pays à fièvre, à donner du quinquina partout, sans trop risquer de se tromper : d'ailleurs, *le quinquina ne fait du mal qu'à la bourse.*

Il faut faire un examen organique attentif des organes. Explorer surtout la rate; mais il y a d'autres *organes à intermittence*, comme le foie et les reins. En outre, il faut prendre le tracé thermométrique.

Car, dans bien des observations données comme négatives ou mal interprétées, on n'a pas percuté la rate, et dans des maladies des reins la fameuse *fièvre intermittente des affections urinaires* a été attribuée au paludisme sans qu'on ait songé à examiner la région rénale. Dans ce cas, c'est surtout le succès du quinquina qui a causé l'erreur, car on s'est appuyé alors sur l'adage classique : *naturam morborum ostendunt curationes*. Le diagnostic est surtout difficile chez nous, où le paludisme est assez rare, et où l'attention n'est pas encore très éveillée. Et à ce sujet, je demanderai à mes confrères de ce pays : Comment faites-vous en pareil cas ? Donnez-vous empiriquement la quinine? Reconnaissez-vous facilement le paludisme latent ?

Les données précédentes nous fourniront les éléments du pronostic. Nous possédons en effet les notions suivantes :

Le paludisme aggrave les affections chirurgicales et les lésions traumatiques, et réciproquement. Le paludisme crée par lui-même des affections chirurgicales plus ou moins graves. Ces exopathies sont de gravité très différente : l'hémorrhagie est plus grave que l'urticaire, la gangrène l'est plus que la lymphangite.

L'exopathie peut être plus grave que le paludisme, mais la réciproque est vraie aussi. Dans la fièvre pernicieuse, par exemple, qu'est-ce que le trismus ou l'épistaxis?

Au point de vue de la diathèse elle-même, le pronostic, comme pour toutes les autres, varie de gravité suivant qu'il existe une simple altération du sang (dyscrasie), une altération consécutive des viscères, ou la cachexie.

Des complications viscérales graves, du foie et des reins en particulier, donnent naissance à des affections complexes, des *hybrides*, qui, quoique encore peu connues, doivent cependant assombrir le pronostic. L'albuminurie, la glycosurie, etc., se mélangent assez souvent au paludisme.

D'autres diathèses, la scrofule, l'arthritisme, l'alcoolisme, la syphilis, etc., se trouvent souvent aussi chez les paludiques de l'Algérie. Ces hybrides que nous connaissons peu, vous en avez de fréquents exemples, et nous attendons de vous de précieux renseignements à leur sujet. Et nous demandons ces informations avec d'autant plus d'insistance qu'elles peuvent non seulement nous servir pour le cas particulier, mais encore pour l'étude des diathèses en général.

Je m'arrêterai peu au traitement. Celui du paludisme en général est du ressort de la médecine.

Dans le cas particulier, les faits que j'ai observés étaient généralement légers, et la quinine a bien réussi; mais je n'ai pas eu affaire à des formes graves ; mon expérience n'est donc rien à côté de la vôtre, c'est donc à vous de parler. En cas de cachexie, par exemple, il paraît que rien ne réussit.

Pour le traitement chirurgical proprement dit, après une blessure ou une opération chez un paludique, employez-vous le froid, le chaud, les irrigations continues, la glace ? J'ai cru remarquer pour ma part que l'application de la glace pour arrêter les hémorrhagies provoquait des douleurs violentes, ce qui m'a fait proscrire ce moyen, ainsi que les irrigations continues froides, chez les paludiques.

Quand vous opérez un paludique ancien, faites-vous un traitement préventif, une sorte d'entraînement du malade? Donnez-vous pendant un certain temps, dans les cas non urgents, le quinquina, l'arsenic, l'hydrothérapie? Attendez-vous, au contraire, les accidents pour intervenir? Préférez-vous certains moyens d'exérèse à d'autres ; employez-vous l'instrument tranchant, ou mieux l'écraseur, le thermo ou le galvano-cautère ? Craignez-vous les hémorrhagies passives, etc., etc. ?

Vous voyez combien les desiderata sont encore nombreux et combien l'aide que vous pouvez apporter à la solution de ces problèmes est considérable. »

Après avoir fait ce tableau de la question, M. Verneuil démontre qu'elle restera longtemps encore à l'ordre du jour, car si on fait disparaître peu à peu les marais infectants, à mesure que la civilisation avance, à mesure qu'on défriche les forêts, qu'on endigue les fleuves, qu'on perce les isthmes, etc., de nouvelles causes d'intoxication surgissent. C'est donc là un ennemi qu'il faut connaître et, ajoute-t-il en terminant, « les mérites ne manqueront pas à ceux qui voudront apporter à cette œuvre leur contingent de faits. Au point de vue *scientifique*, on peut en proclamer la nouveauté et l'originalité, puisqu'il n'y a rien de tel dans les classiques.

Au point de vue *humanitaire* et *utilitaire*, on pourra s'enorgueillir de sauver des existences, de hâter les conquêtes pacifiques, d'accroître les richesses.

Au point de vue *patriotique*, car nous n'oublions pas qu'il faut tenir notre drapeau plus ferme que jamais, ces propositions si utiles, rédigées par des plumes françaises, signées de noms français, datées de 1881, d'Alger, terre française, rappelleront à tous ceux qui en profiteront sur tous les continents, fussent-ils même nos ennemis, que les Français se préoccupent toujours des grands intérêts de l'humanité. »

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Programme.

Tout le monde admet en principe que, si tous les hommes étaient exactement semblables les uns aux autres et se trouvaient placés dans les mêmes conditions physiologiques et mésologiques, leurs maladies se ressembleraient exactement et pourraient être traitées exactement de la même façon. Si les maladies qui frappent les divers individus sont si différentes les unes des autres, cela tient à ce que ceux-ci présentent entre eux des différences anatomiques et physiologiques entraînant forcément des différences pathologiques correspondantes.

De l'avis de tous les biologistes modernes, la pathologie repose immédiatement sur l'anatomie, et la physiologie et les variations normales des individus peuvent seules expliquer leurs variations pathologiques. « Tous les phénomènes pathologiques ont leurs racines dans les phénomènes physiologiques correspondants. La physiologie doit toujours précéder la pathologie et lui servir de point d'appui. » (Cl. Bernard.) « Tout revient à la physiologie et à l'anatomie. En dehors des constitutions médicales, les maladies sont ce qu'est l'organisme qui les supporte. » (Lorain.)

Il importe donc tout d'abord de tenir compte des variations physiologiques qui sont relatives au sujet ou au milieu. Les circonstances relatives au sujet sont anatomiques ou physiologiques. Les circonstances anatomiques concernent la race, le sexe, l'âge, la constitution, le côté du corps qui influent normalement sur la nutrition et l'évolution des divers individus, et pathologiquement sur la fréquence, l'intensité, la durée de leurs maladies. Les circonstances physiologiques ont trait aux diverses fonctions : alimentation ou défaut d'aliments, fonctionnement organique ou repos, menstruation, grossesse ou ménopause, etc., qui à l'état normal augmentent ou diminuent la nutrition, et à l'état pathologique augmentent ou diminuent certaines maladies. Enfin, les circonstances mésologiques relatives au jour ou à la nuit, aux saisons, aux climats, à la température, à l'altitude, augmentent ou diminuent la nutrition chez l'homme bien portant, et la maladie chez le malade.

Telles sont les diverses circonstances physiologiques et mésologiques qui font que les hommes diffèrent à l'état normal, et par conséquent à l'état pathologique. Dans un même milieu, les variations, les dissemblances, les différences que présentent les diverses maladies sont dues aux variations, aux dissemblances, aux différences que présentent les divers individus. Suivant moi, dans l'état actuel de la science, il est possible de montrer le lien qui existe entre ces variations physiologiques et pathologiques, entre l'état normal et la maladie, et d'édifier solidement la pathologie sur la physiologie.

Pour tracer notre programme de pathologie générale, il va donc nous falloir esquisser en même temps un programme de physiologie générale. C'est ce que nous allons faire rapidement en nous servant des données fournies par l'anthropologie générale.

Races.— Physiologie et pathologie comparée des races.— La physiologie et la pathologie varient d'abord suivant les races. D'une manière générale, les races inférieures sont moins nourries, moins vigoureuses, moins intelligentes que les races supérieures. Les nègres, par exemple, d'après le Dr Nicolas, sont tous anémiques. On sait que la force dynamométrique des races inférieures : nègres, Indiens, Chinois, etc., est toujours moins grande que celle des races supérieures. Enfin, les sauvages ont toujours le cerveau moins lourd que les civilisés.

D'autre part, les races supérieures ont toutes commencé par être inférieures, et les enfants de ces races, suivant la même évolution, ressemblent d'abord aux enfants des races inférieures. Quel que soit l'appareil ou l'organe que l'on considère, on trouve que les différences anatomiques et physiologiques qui distinguent les diverses races humaines sont très petites à la naissance, puis s'accroissent d'année en année pour atteindre leur maximum à l'âge adulte. Les adultes européens diffèrent beaucoup plus des adultes nègres que les petits blancs ne diffèrent des négrillons. « Chez les enfants, il y a moins de différences entre les bassins des diverses races que chez les adultes. » (Verneau.) Pendant la première enfance, les hommes civilisés et les sauvages sont également faibles et dénués d'intelligence. Plus tard, tandis que les seconds restent débiles et inintelligents, les premiers deviennent de plus en plus vigoureux et intelligents. Pendant la vieillesse, les hommes des races supérieures subissent une perte de force et une dégénérescence intellectuelle qui les rapprochent de nouveau de ceux des races inférieures. Les différences qui séparent les races, faibles aux deux périodes extrêmes de la vie, atteignent donc leur maximum de 40 à 50 ans, et ce maximum correspond parfaitement au maximum de l'évolution de l'individu.

Ces différences physiologiques qui existent à l'âge adulte entre les races inférieures et les supérieures entraînent les différences pathologiques suivantes :

Les races inférieures sont peu affectées par les fièvres, en général, qui, au contraire, sont très intenses chez les adultes des races supérieures. D'après les médecins des colonies, la fièvre traumatique affecte peu les nègres, les Chinois, les Annamites, les Canaques de l'Océanie, les habitants du Soudan (Quentin), les Indous (Viguier).

Les nègres sont épargnés par la fièvre bilieuse des pays chauds et par les fièvres en général. A Sierra-Leone, les fièvres s'observent 160 fois moins chez les troupes noires que chez les blanches. A Maurice, les créoles jouissent d'une immunité bien marquée pour tous les genres de fièvres. A la Guyane anglaise, les fièvres emportent six fois plus de soldats parmi les troupes blanches que parmi les noires. Aux Antilles anglaises, d'après Boudin, les fièvres tuent 644 hommes de troupes blanches et 68 seulement de troupes noires. On ne rencontre pas de pyrexies vraies à l'île Gambier.

La fièvre intermittente est rare et bénigne chez les noirs, fré-

quente et maligne chez les blancs (Boudin, Béranger-Féraud). De même, cette fièvre épargne les Bédouins en Syrie, les naturels de Sierra-Leone, les naturels d'Indo-Chine (Thorel), etc.

La fièvre jaune, qui est si redoutable pour les blancs, épargne partout les noirs, et affecte très peu les races jaunes et rouges : Chinois, Indiens de l'Amérique, etc.

La fièvre puerpérale aux Etats-Unis tue les blanches, et ne frappe pas mortellement les noires.

Il en est de même de la scarlatine, qui dans le même pays est plus fatale aux blancs qu'aux noirs.

La syphilis est plus intense chez les races supérieures que chez les inférieures. D'après le Dr Martin, la race jaune a une aptitude moindre à la syphilis que la race blanche. Les accidents constitutionnels sont nuls chez les nègres. La syphilis est bénigne chez les Canaques (Girard). Au Mexique, elle est plus grave chez les Européens que chez les Indiens.

Chez certaines races inférieures, la maladie, étant moins intense, est en revanche plus longue et prend la forme ulcéreuse. C'est ainsi que la syphilis ulcéreuse s'observe chez les Touaregs, les Chinois, les Océaniens des îles Sandwich, les Japonais des îles Yesso.

Les phlegmasies sont aiguës chez les races supérieures, et peu intenses, mais chroniques, chez les inférieures. La conjonctivite est aiguë chez la race blanche, et chronique chez la race éthiopienne. Dans la Malaisie, la kératite est aiguë chez les Européens, et chronique chez les indigènes. La pneumonie est insidieuse chez les noirs du haut Sénégal et chez les indigènes de Tahiti.

On sait que la gravelle et la goutte sont inconnues chez les races inférieures. « Aux Antilles, on n'observe la goutte que chez les blancs. » (Rey.)

Enfin, les poisons affectent moins les races inférieures que les supérieures. D'après le Dr Chassaniol, les nègres vivant à bord d'un vaisseau sont réfractaires à l'intoxication saturnine. La même race supporte des doses énormes de tartre stibié, et est moins sensible à l'action de l'alcool que le blanc. La race jaune supporte à merveille les purgatifs drastiques, au dire de Pallas.

En résumé, les races inférieures sont peu affectées par les phlegmasies, les virus, les intoxications, la goutte, etc., qui sont au contraire très intenses chez les races supérieures. Mais, en revanche, les races inférieures sont plus sujettes que les races supérieures à l'anémie, au rachitisme, aux névralgies, à la tuberculose, à la scrofule, à la lèpre, etc.

D'après le Dr Nicolas, tous les nègres sont anémiques. Les Indiens, les Péruviens, les Aléontiens sont également anémiques.

Le rachitisme est fréquent chez les Annamites. Aux Etats-Unis, il tue 4,739 noirs pour 1,000 blancs

Dans un travail publié par le *Journal des connaissances médicales*, sur le traitement de la phthisie, j'ai montré que cette maladie est plus fréquente et plus grave chez les races inférieures que chez les supérieures.

La scrofule est très fréquente chez les noirs, les Arabes, les Chinois, les Cochinchinois, les Océaniens, les Canaques. Tous les habitants de l'île Samoa sont scrofuleux. Aux Etats-Unis, il y a 2,795 noirs qui meurent de la scrofule, pour 1,000 blancs. Au Brésil, les noirs, les mulâtres, et les métis d'Indiens et de noirs, sont sujets à toutes les formes de la scrofule. Cette maladie ne se rencontre qu'exceptionnellement chez les blancs, même chez ceux qui habitent les villes.

Nous avons considéré jusqu'à présent les races supérieures et inférieures en bloc. Il nous reste maintenant à voir comment se comportent les maladies vis-à-vis des divers individus qui composent ces races : hommes, femmes, enfants, adultes, vieillards, forts, faibles, etc.

Disons tout de suite que les maladies ont à peu près la même forme et la même marche chez les races inférieures, parce que les membres de ces races diffèrent très peu les uns des autres sous le rapport du sexe, de l'âge et de la constitution.

En effet, les deux sexes ont beaucoup de ressemblance. « La femme druse diffère très peu de l'homme, et ce phénomène s'observe d'ailleurs chez beaucoup de peuples non civivilisés. » (Pruner Bey.) D'après M. Pouchet, chez les Arabes de la Haute-Nubie, les femmes ressemblent beaucoup aux hommes.

Au point de vue de l'âge, il y a peu de différences entre les individus qui atteignent rapidement leur maximum d'évolution. Un Arabe de 18 ans est aussi vigoureux et aussi intelligent qu'un Arabe de 30 et 40. Chez cette race, la différenciation suivant l'âge ne comprend donc que 18 degrés, tandis que chez les races supérieures dont les individus peuvent se développer jusqu'à 45, 50 ans, elle comprend 50 degrés.

Relativement à la constitution, tous les individus se ressemblent et peuvent être représentés par un type unique. Il y a égalité entre eux au point de vue de la taille, du poids, de la force, ou plutôt de la faiblesse musculaire et de l'intelligence ou plutôt du défaut d'intelligence.

En résumé, les individus des races inférieures sont tous également faibles, quels que soient leur sexe et leur âge, et l'on comprend que leur pathologie ne diffère pas plus que leur physiologie.

Au contraire, les races supérieures sont très différenciées, c'est-à-dire que chez ces races les individus adultes présentent de grandes différences au point de vue du sexe, de l'âge, de la constitution, et même des diverses parties du corps : côtés, etc.

(*A suivre*). G. DELAUNAY.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 31 *mai* 1881. — Présidence de M. LEGOUEST.

Correspondance. — M. le Dr **Riembaud** (de Saint-Etienne) envoie plusieurs travaux à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant national.

M. **Smester** envoie un pli cacheté sur le mécanisme de la respiration par le nez et par la bouche. (Accepté.)

M. **Pasteur** adresse une note sur la rage.

M. **Pasteur**, après avoir rappelé les expériences négatives de M. **Galtier** sur la localisation de la rage dans le cerveau et principalement dans le bulbe, a inoculé le bulbe rachidien et même la portion frontale d'un hémisphère et le liquide céphalo-rachidien. Dans ces conditions, la rage a eu la durée d'incubation habituelle.

Le siège du virus rabique n'est donc pas dans la salive seule. Le cerveau le contient; on l'y trouve avec une virulence au moins égale à celle qu'il possède dans la salive des enragés.

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un membre correspondant national dans la 2e division.

La liste de présentations porte : MM. **Desgranges** (de Lyon), **Sarrazin** (de Bourges), **Michel** (de Nancy), **Bourguet** (d'Aix) et **Cazin** (de Boulogne).

M. **Desgranges**, ayant obtenu la majorité, est proclamé élu.

M. **Béchamp** fait une communication sur les ferments et les fermentations de l'urine, au point de vue physiologique et pathologique. Voici les conclusions de ce travail :

1° Les germes atmosphériques ne peuvent pas pénétrer dans la vessie par le canal de l'urèthre : c'est anatomiquement impossible.

2° En supposant que, par le cathétérisme, des germes de ferments pénètrent dans la vessie, ils ne sont pas la cause de la fermentation ammoniacale de l'urine.

3° Sans nier, mais en affirmant l'existence des microzymas atmosphériques et leur aptitude à évoluer en bactérie, il est certain qu'ils ne sont pas la cause immédiate de la fermentation ammoniacale de l'urine.

4° Des bactéries peuvent exister dans l'urine ou la vessie, sans qu'elle y subisse la fermentation ammoniacale.

5° Lorsque l'urine devient ammoniacale dans la vessie, le phénomène

est corrélatif de la lésion ou de l'état morbide de quelque partie de l'appareil urinaire ou d'un état diathésique, etc.

6° Le fait que l'urine peut être ammoniacale dans la vessie et que cet état est corrélatif de la présence d'infusoires, tend à démontrer qu'il y a lieu de distinguer fonctionnellement les microzymas dans l'état de santé des microzymas devenus morbides consécutivement à une altération quelconque de l'une des parties de l'appareil urinaire ou à un état général caractérisé,

7° La zymase qui fait fermenter l'urée est le fruit de l'altération morbide de la fonction des microzymas, car tout ferment soluble ne sécrète pas quelque chose d'organisé, cellule ou microzyma.

8° Les ferments de la fermentation ammoniacale peuvent faire fermenter le sucre et la fécule.

9° Il y a une fermentation acide de l'urine et les ferments de cette fermentation sont semblables à ceux de la fermentation ammoniacale. Ces ferments agissent aussi sur la fécule ou le sucre de canne.

10° On peut toujours à l'aide de l'acide phénique ou de la créosote, ainsi que je l'ai depuis longtemps démontré, empêcher l'évolution de ces microzymas de l'urine normale et par suite son altération ammoniacale.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 *mai* 1881. — Présidence de M. Maurice Perrin.

M. **le président** annonce que M. Parise (de Lille), membre correspondant, assiste à la séance.

M. **Polaillon** présente, de la part de M. Comballa (de Marseille), une observation de ligature de l'artère iliaque externe, avec un dessin à l'appui.

Syphilis héréditaire. — M. **Després** présente un jeune malade, âgé de 19 ans, qui présente toutes les lésions indiquées par M. Lannelongue, comme caractéristiques de la syphilis, et dans les antécédents duquel on ne peut retrouver la moindre trace de syphilis, Il présente actuellement, sur le tibia droit, une hypertrophie énorme de l'os, avec allongement de 3 centimètres; sur le tibia gauche, une autre exostose, moins dure, plus élastique que la précédente La joue est le siège d'une cicatrice adhérente à l'os, suite d'une gomme, accompagnée de suppuration de l'os malaire; enfin, sur le pariétal droit, on peut encore constater un certain degré d'hyperostose, qui a beaucoup diminué depuis dix-huit mois que le malade est dans le service.

L'enquête la plus sévère n'a pu faire reconnaître la syphilis. Seulement, cet enfant, né dans de mauvaises conditions, fut maltraité, battu, mal nourri pendant son enfance. Tous les accidents qu'il présente ont débuté à l'âge de 14 ans.

M. Després espère le guérir entièrement par des révulsifs cutanés et par l'iodure de potassium, qu'il emploie non pas comme antisyphilitique, mais comme reconstituant et antistrumeux.

M. **Lannelongue** est tellement frappé de la ressemblance de ce malade avec ceux dont il a parlé, qu'il ne veut pas voir chez lui d'autre maladie que la syphilis. Si l'on ne peut admettre chez lui la syphilis héréditaire, on doit reconnaître la syphilis acquise dans le bas-âge, l'enfant a été assez mal soigné pour faire admettre une contagion quelconque. En tout cas, l'iodure de potassium le guérira.

Il est une lésion qui a échappé à la sagacité de M. Després : ce malade n'a qu'une partie de son voile du palais; le reste a été détruit par une affection ulcéreuse, qui ne peut être que spécifique.

M. **Trélat** ne croit pas à la syphilis chez ce malade. Suivant lui, ces hyperostoses sont dues à une ostéo-myélite chronique, à sièges multiples; et il fonde son opinion sur ce fait que les os atteints présentent en même temps un allongement considérable. Or, jamais ce symptôme n'existe dans la syphilis héréditaire ou acquise.

M. **Després** ne considère pas comme spécifiques les cicatrices de la gorge. Ces accidents sont survenus dans le bas-âge, attendu que le malade ne s'en rappelle plus. Or, M. Homolle a prouvé que dans la première enfance, les gommes du pharynx ou du voile du palais sont dues à la scrofule, jamais à la syphilis.

Goitre exophthalmique. — M. **Tillaux** donne quelques renseignements sur le malade qu'il a présenté à la dernière séance. Il l'a opéré samedi dernier. L'extirpation du goitre a été difficile : elle a duré une heure et quart. Bien qu'on ait eu soin de lui donner, suivant les conseils de M. Trélat, 3 gr. de chloral et 45 gr. de sirop de morphine trois quarts d'heure avant l'opération, le malade a beaucoup souffert. Le goitre était très adhérent à la trachée, à la carotide primitives, qu'il a fallu disséquer avec soin. Malgré la gravité de l'opération, le malade l'a bien supportée La voix est conservée, et aujourd'hui, au bout de quatre jours, non seulement le malade se trouve dans un état satisfaisant, mais, encore, les autres signes du goitre exophthalmique ont diminué : les accès de suffocation n'ont pas reparu, la saillie des globes oculaires est moins prononcée. Le patient dit que ses paupières lui semblent maintenant trop larges pour ses yeux.

M. Tillaux compte tenir la Société, qui semble s'y intéresser, au courant de son malade.

M. **Trélat** rappelle que la formule qu'il a indiquée est 4 gr. de chloral et 40 gr. de sirop de morphine. Pour obtenir l'anesthésie complète, il faut aller jusqu'à 6 gr.; mais à cette dose, le chloral prostre trop le malade. Il préfère la lui donner moins forte, et compléter l'anesthésie par quelques inhalations de chloroforme.

Etranglement herniaire. — M. **Verneuil** rapporte l'histoire d'un malade dont l'observation peut éclairer sur les causes de la mort dans l'étranglement herniaire, accompagné d'algidité.

On sait combien ce symptôme est grave; quand il existe un abaissement réel de la température centrale, le pronostic est extrêmement grave et la kélotomie est presque toujours suivie de mort. Ordinairement, les malades opérés dans l'algidité meurent de congestion pulmonaire, sans qu'on ait pu jusqu'à présent indiquer une cause certaine à cette complication. Sans vouloir poser une règle absolue, M. Verneuil pense qu'on pourrait la rattacher à une lésion anatomique des reins.

Le malade dont il s'agit entra à la Pitié quelques heures après le début d'un étranglement herniaire : plusieurs tentatives de taxis furent faites; la kélotomie fut pratiquée trente-six heures après le commencement des accidents. Au moment de l'opération, il offrait déjà tous les symptômes de l'algidité : les mains, le visage étaient violacés, les extrémités refroidies; le thermomètre, placé dans l'aisselle, marquait 36,2.

L'opération se passa sans incident; le sac, ouvert, fut nettoyé avec une solution antiseptique. Le liquide recueilli était formé d'un mélange de sérosité et de sang coagulé, fait important à signaler. Bien qu'il n'y eût aucune perforation intestinale, ce liquide du sac renfermait une quantité considérable de bactéridies. Ce fait vient à l'appui de recherches que M. Verneuil poursuit depuis quelque temps. La hernie fut réduite avec facilité. Le malade n'eut pas de selles; il rendit seulement quelques gaz; sa température remonta le soir à 37°. Puis, il déclina progressivement; les urines se supprimèrent presque complètement; le ballonnement du ventre persista. Le malade succomba quarante heures après l'opération, avec les symptômes de congestion pulmonaire.

A l'autopsie, on constata que l'étranglement était parfaitement levé; aucune trace de péritonite; les deux poumons étaient livides, rouges, comme s'ils avaient été trempés dans le cassis. Enfin, les deux reins présentaient des lésions graves, que M. Verneuil reconnut et put classer dans une forme mixte de néphrite parenchymateuse et interstitielle.

Sans vouloir faire des brightiques de tous les opérés qui meu-

rent dans l'algidité à la suite de la kélotomie, M. Verneuil recommande néanmoins d'examiner soigneusement les reins dans es cas analogues. Peut-être pourra-t-on arriver à des conclusions certaines et avoir la clef des phénomènes. Qui sait si les hénomènes d'algidité et la congestion pulmonaire ultime ne ont pas des symptômes d'urémie?

M. **Després** fait remarquer que le cours des matières ne s'était pas rétabli. Au lieu de rattacher aux lésions rénales l'issue fatale de l'étranglement, ne pourrait-on invoquer la persistance de l'arrêt des matières intestinales? A ce propos, il critique la pratique généralement adoptée aujourd'hui, de donner l'opium aux opérés de hernie. Dans certains cas, il est utile de provoquer des selles, et la pratique des purgations qui a été préconisée par Dupuytren, que Richet recommande encore, peut mettre à l'abri d'accidents de rétention stercorale.

M. **Verneuil** répond que tous les opérés de kélotomie, dont le cours des matières ne se rétablit pas en vingt-quatre heures, ne meurent pas fatalement.

M. **Trélat** affirme qu'un malade peut être atteint de rétention stercorale pendant quinze jours et ne pas mourir. Aussi a-t-on presque universellement condamné les purgatifs à la suite de la kélotomie. M. Trélat alimente le malade, lui donne de l'opium, et, si le lendemain les selles tendent à venir, il fait administrer un lavement à la glycérine.

M. **Marc Sée**, bien que partisan de l'opium après la kélotomie, ne considère pas des évacuations copieuses et rapides comme un phénomène sérieux. Plusieurs de nos opérés ont eu, cinq, six, sept heures après la kélotomie, des selles très abondantes et ont très-bien guéri.

M. **Després** ne vient pas défendre les purgations pour tous les cas. La mort, à la suite de la kélotomie, vient de deux cas : la péritonite, la rétention stercorale. S'il n'existe qu'un simple ballonnement du ventre, sans péritonite, par suite de paresse intestinale, il est bon de purger. Mais si l'on a affaire à un malade dont la hernie a été tourmentée par le taxis, ou bien dont l'intestin est menacé de perforation, il vaut mieux s'abstenir. Manec, à la Salpêtrière, purgeait ces opérés : il y eut 42 guérisons sur 46 cas.

M. **Verneuil** regrette que la discussion ait dévié. Il voulait simplement insister sur un point nouveau. Il désire pourtant rappeler qu'il a trouvé dans le liquide du sac des nombreuses bactéridies, malgré l'intégrité de l'intestin. D'où la conséquence sur laquelle il insiste, de ne faire le débridement, et ne ne réduire l'anse herniée qu'après un lavage antiseptique soigneux; et aussi, de ne faire que des tentatives très prudentes de taxis; rien n'est plus dangereux que le refoulement dans la cavité abdominale de ce liquide septique, dont Velpeau indiquait déjà les propriétés irritantes.

M. **Lucas-Championnière** est heureux de voir soutenir par M. Verneuil cette opinion, qu'il a déjà émise dans un livre, sans connaître les recherches de ce professeur. Pour son compte, il a opéré 11 hernies étranglées, suivant la méthode antiseptique, et a obtenu 11 guérisons.

M. **Trélat** fait remonter aux Indiens l'application de l'opium à la suite de la kélotomie.

M. **Lefort** rappelle qu'en France cette pratique n'a été généralement acceptée qu'à la suite de son mémoire publié en 1866.

Opération dans le cours d'une grossesse. — M. **Polaillon** présente une jeune femme enceinte de quatre mois, qu'il a opérée d'un cancer du sein au troisième mois de la grossesse. Depuis le début de cette dernière, la tumeur avait fait d'énormes progrès. L'opération n'a pas eu le moindre retentissement fâcheux sur l'évolution de la grossesse.

Gaston Luizy.

Congrès d'Alger.

A M. le Dr Galipe, secrétaire de la rédaction du *Journal des Connaissances médicales.*

(Suite.)

IV. *Chirurgie et médecine opératoire* (suite). — M. **C. Gros**, professeur à l'École de médecine d'Alger. (*Du traitement des kystes du foie. Considérations sur l'anatomie de l'hypochondre droit. Indication des points de la paroi thoracique, permettant de pénétrer dans le poumon sans léser la plèvre sur le poumon.*) M. Gros rappelle que, d'après les statistiques de Laveran, Teissier, Jaccoud, Desnos, la ponction de ces kystes a donné de plus nombreux succès que l'ouverture par les caustiques. La plupart des partisans de la ponction ne se préoccupent nullement de l'établissement d'adhérences préalables. Plusieurs (Duffin, Anstie, Murchison), vident le kyste, incomplètement, sans redouter qu'une partie du liquide restant, fuse dans une des cavités voisines. Jaccoud, au contraire, redoutant cette complication, conseille l'évacuation complète du liquide, puis l'emploi d'un bandage de corps, de la glace, et, s'il y a de vives douleurs, d'injections de morphine à hautes doses. Verneuil et Marc Sée ont perfectionné la ponction de manière à permettre les lavages antiseptiques de la cavité kystique. M. Gros apporte au congrès quelques observations de kystes du foie traités par la ponction, et quelques recherches destinées à augmenter encore les chances favorables de cette opération, quand on est forcé de la faire, non à travers la paroi abdominale, mais à travers la paroi thoracique. Voici comment son attention a été attirée sur ce sujet : dans un cas où il avait ponctionné dans le sixième espace intercostal, à 12 centimètres environ de l'appendice xyphoïde, il vit l'aiguille de Dieulafoy agitée de mouvements oscillatoires, et la malade, accusant une vive douleur, se retira et fit tomber l'aiguille avant l'évacuation de tout le liquide kystique. Tout cela s'était passé trop vite pour que l'opérateur pût voir si les oscillations étaient isochrones à la respiration. Mais, se basant sur les expériences de Richet, il les attribua aux mouvements du poumon dont le bord inférieur avait sans doute été traversé. Il n'y eut pas d'accident. Toutefois, cela engagea M. Gros à rechercher le lieu d'élection où cette ponction pourrait être faite sans léser ni le poumon, ni la plèvre, ni l'artère musculo-phrénique. Ses expériences consistèrent à enfoncer une aiguille, en divers points de la cage thoracique, sur des cadavres, et à constater par la dissection ultérieure quelles parties avaient été traversées. Ces recherches ont été faites à l'amphithéâtre de l'hôpital civil de Mustapha, en présence des élèves de M. Gros, et de plusieurs médecins. D'ailleurs l'auteur a fait apporter une des préparations anatomiques comme pièce de conviction.

Le résultat a été celui-ci : le lieu d'élection cherché est une sorte de triange ayant pour base une ligne allant de l'extrémité antérieure de la onzième côte, à 2 centimètres en arrière de l'extrémité antérieure de la douzième, et pour sommet l'angle antérieur du sixième espace intercostal. Dans ce triangle, l'aiguille passera sans blesser aucune des parties susdites, entre les les attaches du diaphragme et les fibres aponévrotiques communes à ce muscle et au transverse, et penétrera dans le foie.

Et voici les conclusions : 1° si la fluctuation existe en un point de cet espace triangulaire, c'est ce point qu'il faut ponctionner, même si la fluctuation existe en dehors de cet espace; 2° si la fluctuation n'est perçue que dans un point recouvert par la plèvre, il faudra pour ponctionner saisir le moment qui suit immédiatement une expiration profonde et prolongée, car alors le bord inférieur du poumon remonte à sa hauteur maxima.

Il s'engage, à propos de cette intéressante communication, une discussion quelque peu étrangère au sujet, mais assez intéressante aussi pour être rapportée.

M. **Hérard** dit qu'il n'est pas aussi rassuré que M. Gros sur l'innocuité de la ponction, et qu'il a eu recours avec succès dans sa pratique à l'ouverture par la pâte caustique de Vienne, qui a l'avantage d'établir des adhérences préalables.

M. **Gayet** ajoute qu'il a vu survenir une péritonite mortelle à la suite de la ponction d'un kyste du foie.

M. **Rochard** répond que, dans le traitement des abcès du foie par la méthode de Shanghaï, on ne se préoccupe pas de savoir s'il y a ou non des adhérences : on ouvre largement au bistouri, avec les précautions et le pansement de Lister ; et cette méthode a donné les succès les plus beaux et les plus nombreux. Cependant, comme il a passé l'âge des ardeurs juvéniles, M. Rochard s'en tiendrait, en attendant de nouveaux faits, à la bonne vieille méthode défendue par M. Hérard.

M. **Hérard** ajoute que, les abcès du foie se développant assez insidieusement, on n'assiste pas souvent à leur début, et qu'au jour où l'on opère, il a bien pu s'établir quelques adhérences. ce qui expliquerait le succès des chirurgiens de Shanghaï.

M. **Rochard** dit que le foie est par lui-même assez insensible. Lorsqu'un abcès du foie détermine de la douleur, c'est qu'il s'accompagne de périhépatite. Si donc, il n'y a pas eu de douleurs, on est en droit de conclure à l'absence d'inflammation périhépatique, et par conséquent d'adhérences.

M. **Bertherand** (ancien directeur de l'école de médecine d'Alger). On demandait tout à l'heure des faits : c'était juste, car rien n'est plus éloquent que les faits. Permettez-moi donc d'en citer. J'avais longtemps employé, avec des fortunes diverses, la vieille méthode contre les abcès du foie, lorsque je visitai le service de Ximénès, à Mexico. Il opérait à la façon des chirurgiens de Shanghaï, ouvrait largement, sans se préoccuper des adhérences ou de leur absence, et, comme le Listérisme n'existait pas, il l'avait en quelque sorte inventé, en faisant des injections et des pansements au permanganate de potasse. Il comptait alors de 150 à 200 succès.

Moi-même, converti par de si encourageants résultats, j'ai eu plusieurs succès avec la même méthode, et, dans un cas, j'ai retiré, en deux jours, 11 litres de liquide ; le malade guérit en dix-sept jours.

Bref, nos conjectures sur les adhérences ne sont jamais que probables, et la démonstration par la statistique est certaine.

M. **Spillmann**, professeur à l'école de médecine d'Alger, en *quelques mots sur la résection du genou*, compare cette opération avec l'amputation, et conclut ainsi :

1° Dans son ensemble, la résection du genou est infiniment plus grave que l'amputation.

2° La résection primitive a donné, dans la guerre de 1870-71, des succès égaux à ceux de l'amputation primitive. Mais elle ne peut être appliquée que dans des cas où la conservation pure et simple aurait eu autant de chances.

3° La résection secondaire est infiniment plus grave que l'amputation, et ses résultats fonctionnels sont déplorables.

Toutefois, il convient de tenir compte des conditions d'exercice de la chirurgie d'armée. Il y aurait sans doute beaucoup à attendre de conditions meilleures et en particulier de l'emploi de la méthode de Lister.

M. **Martin** propose la *trépanation des extrémités musculaires des dents dans le traitement de la périostite chronique alvéolo-dentaire*, de préférence à la résection après ablation et suivie de réimplantation, d'après le procédé de Magitot. Cette dernière méthode est plus douloureuse, expose à la non reprise de la dent, et en tous cas empêche la mastication pendant quelques jours.

M. **Bœckel** dit que la *parotomie dans l'étranglement interne par bride* est une opération dont les résultats sont généralement mauvais, mais qui est commandée par l'urgence. Pour mettre le plus de chances de son côté, il faut opérer hâtivement et avec la méthode de Lister. Cependant, on pourra opérer même tardivement, surtout si l'étranglement siège sur l'S iliaque ou sur le rectum. Lui-même a réussi après le sixième et une fois après le treizième jour.

M. **Hérard** demande si M. Bœckel avait essayé l'électricité et les lavements d'eau de Seltz.

M. **Bœckel** répond : « Oui, sans résultat. »

(*A suivre*) L. Moreau.

BIBLIOGRAPHIE

De l'action de l'acide phénique sur les fébricitants, par le Dr Van Oye. 1881, A. Delahaye et Lecrosnier, éditeurs.

L'acide phénique est un poison du système nerveux qui possède à un haut degré la propriété d'abaisser la température de l'homme et des animaux supérieurs. Des doses d'acide phénique sans action appréciable sur la température normale suffisent à abaisser la température fébrile. Cet abaissement se produit chez tous les fébricitants, aussi bien dans les phlegmasies simples que dans les pyrexies infectieuses. Il débute quelques instants après l'absorption du médicament ; son étendue varie suivant la dose de 1° à 3° centigrade, sa durée de une à trois heures. Il a pour mécanisme probable la déperdition calorique résultant de l'hyperémie cutanée et des sueurs plus ou moins abondantes qui coïncident avec sa production.

Un frisson, et tous les phénomènes de l'accès fébrile surviennent lorsque l'action antipyrétique de la dose précédente est épuisée ; en même temps la température remonte brusquement à son niveau primitif ou au delà.

Une nouvelle dose peut interrompre cet accès et même le prévenir lorsqu'elle est administrée à temps. Les doses suffisantes pour produire tout l'effet antipyrétique utile n'exercent aucune action toxique nocive immédiate sur le fébricitant 0,50 centigr. administrés par la voie rectale suffisent dans tous les cas au début. On peut, en général, atteindre progressivement la dose de 2 grammes pro dosi, de 12 grammes pro die. 1 gramme d'emblée a suffi chez certains sujets d'une susceptibilité spéciale à produire une dépression thermique allant jusqu'à 34,5. Ce abaissement exagéré n'a eu, dans aucun cas, de suites fâcheuses pour le sujet. Les congestions pulmonaires sont le danger à craindre et à éviter. L'albuminurie, la polyurie, les dégénérescences graisseuses peuvent être l'effet de fortes doses prolongées trop longtemps. C'est pour combattre l'hyperthermie dans les fièvres continues et les accès dans les fièvres intermittentes, que les propriétés antipyrétiques de l'acide phénique doivent être réservées.

INDEX DE THERAPEUTIQUE.

Contribution à l'étude des eaux silicatées de Sail-les-Bains (Loire).

Le développement marqué pris depuis deux ans par l'établissement thermal de Sail-les-Bains, les remarquables guérisons que de nombreux malades y ont obtenues, les visites multiples qu'y firent un certain nombre de médecins de Paris et des départements, dans le courant de la dernière saison, nous ont engagé à étudier les propriétés spéciales de ces eaux et à faire connaître à nos lecteurs le résultat de nos études.

C'est à la clinique thermale de Sail-les-Bains que nous avons observé, et c'est de l'ensemble des observations prises aux sources mêmes que nous ferons la synthèse des faits que nous avancerons dans ce court travail.

La prédominance quantitative des silicates dans les eaux de

Sail, par rapport aux autres éléments minéralisateurs, permet de rapporter presque toute l'action curative de ces eaux aux silicates alcalins de soude, de potasse et de lithine, qu'elles contiennent à la dose de 13 centigrammes par litre.

Les silicates alcalins ont été employés avec succès, dit le Dr Louis Byasson, dans certaines manifestations de la diathèse urique; or, ils jouissent, par rapport à l'acide urique, de propriétés dissolvantes considérables.

L'eau silicatée est un puissant modificateur de cette diathèse produite par l'excès, dans les liquides et les tissus de l'organisme, des déchets de la désassimilation des matières azotées. Cette eau produit une augmentation notable dans la quantité d'acide urique éliminé; elle atténue sa production en vertu même de la regularisation qu'elle imprime aux fonctions organiques.

En augmentant la quantité d'urine, et surtout en augmentant dans une proportion notable la quantité des principes fixes éliminés par les urines, Gigot-Suard en a trouvé 60 grammes, au lieu de 42, proportion normale rendue en vingt-quatre heures; cette eau imprime à l'économie tout entière une excitation spéciale qui se traduit par une activité plus grande de la nutrition générale, dont nous avons la preuve dans une augmentation sensible de l'urée éliminée et dans une diminution des substances azotées incomplètement transformées.

Au point de vue de la médication dépurative et du traitement des maladies de la peau en particulier, ces effets sont très importants à connaître, et facilitent régulièrement les applications thérapeutiques qu'on peut en faire.

L'eau minérale silicatée de Sail agit tout spécialement dans les maladies des reins et de la vessie, dans la goutte, les dyspepsies de nature goutteuse, ainsi que dans les dermatoses qui reconnaissent la même origine. Les succès obtenus témoignent hautement des propriétés curatives incontestables des eaux de cet établissement dans toutes les maladies dues à un vice de sang causé par la diathèse urique.

Les eaux silicatées de Sali, en augmentant la filtration de la partie aqueuse des urines, sont dépuratives, parce qu'elles modifient la sécrétion rénale en débarrassant le sang des principes excrémentitiels qu'il contient en excès. Elles préviennent ainsi cette infection appelée herpétisme, produite par les déchets de désassimilation de l'organisme, et dont les principales manifestations sont : certaines névralgies et dyspepsies, la goutte, la gravelle, les rhumatismes, certaines maladies de peau, et un certain nombre de catarrhes des bronches, des intestins et de la vessie.

Vu le faible degré de minéralisation des eaux de Sail, on n'a pas à redouter avec elles les déplacements si fréquents et si dangereux des maladies de peau, traitées par les eaux sulfureuses très actives, les eaux alcalines fortes, ainsi que par les eaux chlorurées et arsenicales. Les eaux silicatées de Sail agissent doucement sur la peau et sur les muqueuses, elles n'ont pas l'action irritante qu'un certain nombre d'eaux très fortement minéralisées doivent encore à leurs principes minéralisateurs irritants. Elles n'amènent pas de perturbations aussi rapides, aussi grandes, tout en transformant profondément les dispositions de l'organisme, qu'elles soient héréditaires ou acquises. Les eaux silicatées peuvent, par leur action spéciale sur les fonctions de la nutrition, amoindrir considérablement la diathèse léguée par les ascendants.

La quantité énorme de gaz azoté, ce grand modérateur de l'action excitante de l'oxygène, que l'analyse eudiométrique a trouvée dans les eaux de Sail, explique leur action éminemment sédative.

L'absorption de ce gaz par les voies digestives et pulmonaires ralentit l'oxydation des globules du sang. Dans un bain d'eau de Sail, dit le docteur Hugues, la peau est soustraite, pendant un temps donné et dans une certaine mesure, à l'influence vitale. L'innervation qui lui est reportée est diminuée d'autant et les centres nerveux éprouvent un soulagement, un ralentissement d'action qui retentit sur tout l'organisme. La vitesse du pouls est ralentie, les contractions des muscles sont diminuées et un sentiment de bien-être se répand partout. Les spasmes, les névralgies, les névroses, les démangeaisons sont calmées pour un certain temps.

La silice gélatineuse qui se trouve en abondance dissoute dans les eaux de Sail vient ajouter son action adoucissante, comparable à celle d'un bon cataplasme, aux propriétés antifermentescibles des silicates alcalins. Ces propriétés, si bien constatées par les expériences que MM. Dumas, Picot, Rabuteau et Papillon ont communiquées à l'Académie des sciences, donnent l'explication de l'action cicatrisante, réparatrice de ces eaux dans les ulcérations, les plaies et les poussées aiguës des dermatoses, maladies que nous avons vues guérir en grand nombre à Sail.

L'eau est prise en boisson à six sources différentes, dont la température varie de 11 à 34 degrés centigrades ; les bains de vapeur ou de baignoire avec ou sans douches, l'hydrothérapie, les bains de piscine à eau courante, alimentés par une source tiède qui fournit 1,150,000 litres dans les vingt-quatre heures, ajoutent leur action au charme de la vie de château que l'on mène dans cette agréable et salutaire station où rien ne manque pour les personnes qui recherchent le comfort et la santé.

FORMULES

Lait additionné d'eau de chaux dans la scrofule.

Le Dr E. Chapman, de New-York (New-York Medic. Recorder) pense que le lait avec l'eau de chaux est très bon dans la scrofule. On met une ou deux cuillerées par verre ce qui facilite la digestion de la caséine ; on peut l'imposer comme alimentation prolongée, presque exclusive, on peut permettre quelques aliments légers.

NOUVELLES

— Faculté de médecine de Nancy. — Par décrets en date du 28 mai 1881, ont été nommés à la Faculté de médecine de Nancy : MM. Chrétien, professeur de médecine opératoire; Heydenreich, agrégé, professeur de pathologie externe.

— Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon. — Le concours pour l'adjuvat s'est terminé par la nomination de M. Laguaite. Trois candidats ont pris part aux épreuves.

— Le concours pour l'adjuvat près la Faculté de médecine de Paris s'est terminé le lundi 23 mai 1881, et ont été nommés: 1° *Aides d'anatomie* : MM. Bayette, Walther, Verchère, Delapersonne, Leclerc, Pousson, Berne et Guinard. — 2° *Aides provisoires* : MM. Tuffier, Chaput, Clado et Damelix.

— Les médecins et chirurgiens titulaires et suppléants des hôpitaux de Paris seront désormais représentants de l'état civil, et appelés officiellement a constater les decès dans les établissements hospitaliers auxquels ils appartiennent.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

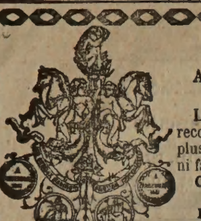
G. MASSON, éditeur, 108, boulevard Saint-Germain.

Traité pratique des maladies des yeux, par le Dr Edouard Meyer, 2e édition, entièrement revue et augmentée, 1 vol. in-8°, avec 261 figures dans le texte. 12 francs.

Syphilis et mariage. Leçons professées à l'hôpital Saint-Louis, par Alfred Fournier, 1 vol. gr. in-8°. 5 francs.

Le Propriétaire-Gérant : V. Cornil.

Paris. — Typ. A. PARENT A. DAVY Succr rue M-le-Prince, 31



FER BRAVAIS

Adopté dans les Hôpitaux. (FER DIALYSÉ BRAVAIS) Recommandé par les Médecins.
Contre ANÉMIE, CHLOROSE, DÉBILITÉ, ÉPUISEMENT, PERTES BLANCHES, etc.

Le **Fer Bravais** *(fer liquide en gouttes concentrées)*, est le meilleur de tous les toniques et le reconstituant par excellence ; il se distingue par la supériorité de sa préparation dûe à des appareils des plus perfectionnés ; il n'a ni odeur, ni saveur et ne produit ni constipation, ni diarrhée, ni échauffement, ni fatigue de l'estomac ; de plus *il ne noircit jamais les dents.*

C'est le plus économique des ferrugineux, puisqu'un flacon dure un mois.

Dépôt Général à Paris, **13, rue Lafayette** *(près l'Opéra) et toutes Pharmacies.*

Bien se méfier des imitations dangereuses et exiger la marque de fabrique ci-contre

Envoi gratis sur demande affranchie d'une intéressante brochure sur *l'Anémie et son traitement.*

PEPTONE CATILLON

Représentant 3 FOIS SON POIDS DE VIANDE, as simitable par le rectum comme par la bouche.

SIROP DE PEPTONE CATILLON

Préféré pour l'administration par la bouche ; plaît mieux au goût. 1 cuillerée contient 30 g. de viande.

VIN DE PEPTONE CATILLON

Utile complément de nutrition ; un verre à madère contient 30 grammes de viande.

Maladies d'estomac et d'intestin, consomption, anémie, enfants débiles, convalescents, etc.

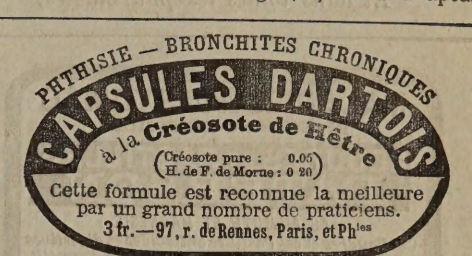
PARIS, rue Fontaine-S-Georges, 1, et rue Chaptal, 2

Salicol Dusaule

DESINFECTANT — ANTISEPTIQUE — ANTI-EPIDEMIQUE — CICATRISANT

Le **Salicol** dérive de l'acide salicylique, comme le *Phénol* de l'acide phénique et le *Thymol* de l'acide thymique. Il a les mêmes propriétés que ces derniers, mais il est plus efficace que le *Thymol*, et n'est pas caustique et vénéneux comme le *Phénol*. Le **Salicol** a de plus une odeur agréable. Aussi est-il très employé en injections, lotions, pulvérisations, lavages, etc., etc.

Le Flacon : 2 fr. — 97, *RUE DE RENNES, PARIS, et les Pharmacies.*



Peptones pepsiques à la viande DE BŒUF

de CHAPOTEAUT, pharmacien de première classe de la Faculté de Paris.

Ces peptones, très pures, préparées avec un soin extrême, ne contiennent que la viande de bœuf digérée et rendue assimilable par la *Pepsine gastrique*. Avant de sortir de nos laboratoires, elles sont amenées à leur extrême état de concentration, puis enfin titrées à 35 p. 100.

Elles possèdent un pouvoir alimentaire énorme et exercent sur l'economie une action nutritive intense.

Il ne faut pas les confondre avec d'autres peptones, plus ou moins répandues dans le commerce, obtenues avec les pancréas de porc, possédant une odeur nauséabonde, une saveur désagréable, susceptibles de fermenter ou de se putréfier, contenant beaucoup de matières étrangères et peu de viande peptonisée, 8 à 15 p. 100.

Les deux préparations suivantes ont été établies dans le but de faciliter l'emploi des peptones pepsiques, et de répondre à toutes les indications thérapeutiques. Ce sont :

CONSERVE DE PEPTONE de Chapoteaut.

Ce produit est neutre, aromatique, se conserve bien, se prend en gelée à la température de 15°, et se liquéfie à 35°. Il contient par cuillerée à café le double de son poids de viande de bœuf. Il s'administre pur ou dans du bouillon, du vin sucré, des confitures, des sirops, et sous forme de lavements alimentaires.

VIN DE PEPTONE DE CHAPOTEAUT.

Ce vin contient, par verre à Bordeaux, la peptone pepsique de 10 grammes de viande de bœuf. Il est d'un goût très agréable, et constitue un excellent aliment que les malades acceptent avec plaisir. On le prend au commencement des repas, à la dose de un ou deux verres.

Indications principales. — Anémie, dyspepsie, cachexie, débilité, atonie de l'estomac et des intestins, convalescence, alimentation des nourrices, des enfants, des vieillards, des diabétiques et des phthisiques.

Gros : CHAPOTEAUT, pharmacien, 8, rue Vivienne ; Détail : pharmacie Vial, 1, rue Bourdaloue ; pharmacie Pommiès, 118, rue du Faubourg-Saint-Honoré, et dans les principales pharmcies de France et de l'étranger.

POUDRE FERRO-MANGANIQUE

De BURIN DU BUISSON

Pharmacien, lauréat de l'Acad. de médecine.

Il suffit d'une petite quantité de cette poudre dans un verre d'eau pour obtenir instantanément une eau ferrugineuse, minérale, gazeuse, très agréable, qui se boit aux repas mélangée avec le vin. Elle est d'une efficacité constante dans toutes les affections qui réclament l'emploi de la médication ferrugineuse, et convient surtout aux personnes qui ne peuvent digérer les préparations ordinaires du fer. Elle a sur toutes les autres l'immense avantage de ne pas provoquer de constipation et de contenir du manganèse, que les savants considèrent comme indispensable au traitement par les ferrugineux.

Dépôt à Lyon, pharmacie Gavinet, et dans toutes les pharmacies.

Vin et Sirop de Dusart

au lacto-phosphate de chaux.

Les recherches de M. DUSART, sur le Phosphate de chaux, ont montré que ce sel, loin d'être inactif comme on le supposait, est, au contraire, doué de propriétés physiologiques et thérapeutiques très remarquables. Physiologiquement, il se combine aux matières azotées des aliments et les fixe en les transformant en tissu ; de là, développement de l'appétit et augmentation du poids du corps. Thérapeutiquement, ces propriétés en font un reconstituant de premier ordre. Le *Sirop* pour la médication des enfants, le *Vin* chez l'adulte, dans les affections de l'estomac et comme analeptique, sont généralement admis. INDICATIONS : Croissance, rachitime, dentition, affection des os, plaies et fractures, débilité générale, phthisie, dyspepsie, convalescences. Dose : 2 à 6 cuillerées par jour. — Pharmacie, 113, rue du Faubourg-Saint-Honoré.

MALADIES DE POITRINE

Guérison par les

SIROPS D'HYPOPHOSPHITE de SOUDE ou de CHAUX du Dr CHURCHILL.

Nombreuses attestations médicales.

Prix : 4 fr. le flacon, avec instruction.

Pharm. SWANN, 12, r. Castiglione, Paris.

Compie Génle de PRODUITS ANTISEPTIQUES

26, Rue Bergère, PARIS

ACIDE SALICYLIQUE

ET SALICYLATES de SCHLUMBERGER et CERCKEL

Salicylate de **SOUDE**
Salicylate de **QUININE**
Salicylate de **LITHINE**
Salicylate de **BISMUTH**
Salicylate de **ZINC**

TARTRO SALICYLATE DE FER ET DE POTASSE

ÉPILEPSIE

TRAITEMENT EFFICACE

Par les préparations du Dr PENILLEAU, ex-interne des hôpitaux.

PICROTOXINE

ÉLIXIR — Doses de 1 à 5 cuillerées par jour.
GRANULES — De 1 à 10 par jour.

PHARMACIE LEPINTE, 148, r. St-Dominique, Paris ET LES PRINCIPALES PHARMACIES.

COQUELUCHE

guérie sûrement et promptement par le

SIROP BENZOIQUE

au Bromure d'Ammonium de Ch. SERRES, Phien
Dépôt : 4, rue Bourg-Tibourg, Paris.
ET DANS TOUTES BONNES PHARMACIES

